

Große Stefanie

**Integration von psychisch erkrankten Menschen im
Arbeitsleben - Möglichkeiten und Grenzen**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida 2016

Bibliographische Beschreibung:

Große, Stefanie:

Integration von psychisch erkrankten Menschen im Arbeitsleben – Möglichkeiten und Grenzen. 38 S. Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2015

Kurzreferat:

Die Arbeit beschäftigt sich mit psychisch erkrankten Menschen und deren Eingliederung, sowie Wiedereingliederung (berufliche Rehabilitation) in das Erwerbsleben und damit auch in die Gesellschaft. Neben den psychologischen und rechtlichen Aspekten werden speziell Möglichkeiten für junge psychisch erkrankte Menschen aufgezeigt, um einen Ausbildungs- und späteren Arbeitsplatz zu erhalten. Ebenfalls wird das Thema der beruflichen Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen, die bereits einer Beschäftigung nachgehen und aufgrund einer psychischen Erkrankung rehabilitiert werden müssen, aufgegriffen. Präventionsmaßnahmen werden ebenso aufgezeigt. Diese Arbeit basiert auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche.

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort.....	1
2 Grundlagen	3
2.1 Zur Bezeichnung.....	3
2.2 Ursachen und Verlauf psychischer Erkrankungen	4
2.3 Fallbeispiel: „Zwangsstörung“	5
3 Auswirkungen psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben.....	6
3.1 Statistische Erhebungen	6
3.2 Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit.....	8
3.3 Die Arbeitswelt als ein krankmachender Faktor	9
4 Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	12
4.1 Zielgruppenbezogene Förderung.....	12
4.2 Der Schwerbehindertenausweis	14
4.3 Das Persönliche Budget	16
5 Möglichkeiten der Integration und beruflicher Rehabilitation.....	18
5.1 Allgemeine Hürden und Grenzen junger Erwachsener	20
5.2 Aufgaben und Unterstützungsangebote der Bundesagentur für Arbeit zur Integration in Ausbildung und Beruf	22
5.3 Maßnahmen für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	24
6 Berufliche Rehabilitation konkret am Beispiel für Menschen mit psychischen Erkrankungen	26
6.1 Definitionen von Rehabilitation	26
6.2 Voraussetzungen	27
6.3 Rehabilitationsziele	29
6.4 Das Kölner Instrumentarium- Arbeitsinstrument der beruflichen Rehabilitation und Integration	30
6.5 Ablauf der Beruflichen Rehabilitation	31
6.6 Das Berufliche Training als mögliche Rehabilitationsmaßnahme psychisch erkrankter Menschen	32
7 Präventive Maßnahmen	33
8 Zusammenfassung und Ausblick	36

9 Literaturverzeichnis	39
10 Selbstständigkeitserklärung	44

1 Vorwort

In dem Buch „Zange im Hirn“ von Felix Leps, geht es um einen jungen Mann, der aufgrund von unverarbeiteten Erlebnissen in der frühen Kindheit von einer Zwangsstörung betroffen ist. Zunächst waren es kleine alltägliche Rituale, die sich langsam in seinen Tagesablauf einschlichen. So lässt er zum Beispiel nach dem Essen etwas übrig und hortet diese Reste dann tagelang in seinem Kühlschrank oder er muss immer drei oder fünf Kaffeelöffel in die Kaffeemaschine füllen und das Pulver dann anschließend wieder zurück in die Packung füllen. Versucht er diesen Zwang nicht nachzugehen, bekommt er Schuldgefühle und die Angst macht sich bemerkbar. Geht er diesen Zwang nach, dann löst sich die Angst und die innere Spannung. Später bestimmten diese Zwangsgedanken und Handlungen seinen gesamten Alltag - sei es zu Hause, in der Öffentlichkeit und auf Arbeit. Auf Arbeit äußerten sich die Zwänge, indem er z. B. die Gegenstände wie einen Bleistift und/ oder Spitzer in einer für ihn logischen Reihenfolge anordnen musste oder wenn er in einem Text ein Wort nicht richtig gelesen hat, musste er den ganzen Text von vorne wiederholen (das gleiche gilt auch für das Schreiben von Texten). Er darf erst weiter lesen, wenn er dabei keinen Fehler gemacht hat. Man kann sich vorstellen, dass diese Zwänge die Konzentrations- und die damit verbundene Leistungsfähigkeit enorm mindern. Mit Hilfe von einer Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Psychopharmaka, der eigenen Kraft und den Willen zur Veränderung wurden schließlich die Zwangssymptome bei Felix nach sechs Jahren Therapie immer weniger. Zwar sind die Symptome nicht vollständig verschwunden, aber er hat gelernt die Gedanken zu unterdrücken und damit zu leben (*vgl. Leps 2001, S. 88 ff.*).

Das Buch „Zange im Hirn“ gab mir einen Einblick in den Alltag von Felix, einem jungen Mann mit Zwangsgedanken.

Für mich hat sich die Frage gestellt, ob psychisch kranke Menschen wie Felix überhaupt arbeitsfähig sind und welche Möglichkeiten es für psychisch erkrankte Menschen gibt, in die Arbeitswelt zurückzukehren.

Aus diesem Grund beschäftigt sich meine Bachelorarbeit mit dem Thema: „Integration von psychisch erkrankten Menschen im Arbeitsleben - Möglichkeiten und Grenzen.“

Ich bin mir bewusst, dass der Begriff „Integration“ psychisch kranker Mensch - ganz gleich welche Erkrankung/en er hat — weiter gefasst werden muss; geht es doch um die Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben im Ganzen. Auch geht es um alle Möglichkeiten und Hilfen, betroffene Menschen von ihrer Krankheit zu heilen oder - wenn dies nicht möglich ist — ihnen zu helfen, mit den Beeinträchtigungen leben zu lernen.

Das Hauptziel meiner Arbeit ist es herauszufinden, welche Möglichkeiten seelisch erkrankte Menschen überhaupt haben, um in das Erwerbsleben integriert zu werden, und welche Chancen Menschen haben, die im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit für eine bestimmte Zeit aufgrund einer psychischer Erkrankung aus dem Arbeitsleben ausscheiden mussten. Konkret werde ich in meiner Arbeit zwei Beispiele beschreiben. Im ersten Fall werde ich Möglichkeiten aufzeigen, um einen jungen Menschen mit einer psychischen Erkrankung überhaupt ins Ausbildungs- und Arbeitsleben zu integrieren. Der zweite Fall handelt von einem Menschen, der wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden möchte. Hier steht die berufliche Rehabilitation im Vordergrund. Ebenso werde ich Präventionsmaßnahmen aufzeigen.

2 Grundlagen

Zunächst möchte ich auf einige Grundlagen zu sprechen kommen, um psychische Krankheitsbilder besser verstehen und einordnen zu können.

2.1 Zur Bezeichnung

Während früher noch der Begriff: psychische Erkrankung/ psychische Krankheit benutzt wurde, verwendet man heute in der Psychiatrie, klinischen Psychologie sowie in der Psychotherapie für einen Menschen der seelisch erkrankt ist, die Bezeichnung: psychische Störung. Dabei wird dieser Ausdruck als wertfrei eingestuft. Ich persönlich empfinde den Ausdruck psychische Störung eher als Stigmatisierung und werde daher weiterhin den Begriff psychische Erkrankung benutzen. Auch habe ich in meinen Literaturquellen festgestellt, dass die meisten Autoren den Begriff psychische Erkrankungen gebrauchen (*vgl. Dr. Walter 2004 - 2009, S. 1*).

Des Weiteren ist es schwierig, für psychische Erkrankungen eine einheitliche Definition zu finden, da einer psychischen Erkrankung eine Anzahl von verschiedensten Eigenschaften zugeordnet werden können. So können je nach Art und Schwere des Krankheitsbildes bei psychisch erkrankten Menschen die Denk- und Wahrnehmungsprozesse sowie das Erleben und Verhalten eingeschränkt sein (*vgl. ebd. S. 1*).

Ebenso unterscheidet man zwischen einer akuten psychischen Erkrankung und einer chronischen. Das bedeutet für den Betroffenen, dass bleibende Beeinträchtigungen im sozialen, kognitiven, emotionalen Bereich vorliegen können. Ein hohes Risiko für Chronifizierung besteht bei Neurosen, Psychosen, sowie Burnout und Depressionen (*vgl. Aktion Mensch e.V.*). Allgemein wird hier von Menschen mit „Psychiatrie-Erfahrung“ gesprochen (*vgl. LVR- Integrationsamt 2011, S. 8 f.*).

Diese Beeinträchtigung entspricht der Definition von „Behinderung“, wie sie in § 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch IX verwendet wird: *„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, ihre geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.*

2.2 Ursachen und Verlauf psychischer Erkrankungen

Für die Entstehung von psychischen Erkrankungen wurden in der Vergangenheit zwei Faktoren verantwortlich gemacht: Einerseits die biologischen und genetischen Faktoren, die teilweise auch erblich bedingt sein können, andererseits psychosoziale Faktoren wie z. B. falsche Erziehungsmethoden, Kommunikationsstörungen zwischen Eltern und ihren Kindern, traumatische Erlebnisse sowie Krisen. Oft wurden diese Ursachen alternativ betrachtet. Heute geht man davon aus, dass die genannten Faktoren sich in der Regel gegenseitig beeinflussen, wenn ein Mensch seelisch erkrankt. Mit Hilfe eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells - auch Verletzlichkeits-Stress-Modell genannt - versucht man eine psychische Erkrankung zu erklären. Allgemein gilt: Je sensibler bzw. verletzlicher der Mensch ist und je mehr er den oben genannten Stressfaktoren ausgesetzt ist wie z.B. Stress am Arbeitsplatz, desto höher ist das Risiko, psychisch zu erkranken. Dabei ist die Vulnerabilität natürlich bei jedem Menschen anders ausgeprägt. So können zwei Menschen durchaus vergleichbare kritische Erlebnisse und Erfahrungen machen, doch während der eine größere Widerstandskraft besitzt und sogar in der Krise wachsen kann, führen sie bei einem anderen zu einer psychischen oder in der Folge oft auch organischen Erkrankung. Nimmt dieser Mensch dann in einer akuten Stressphase die Frühwarnsysteme seines Körpers nicht wahr zum Beispiel Kopfschmerz, Unruhe oder auch Schlaflosigkeit - und reagiert auch nicht darauf durch Bewältigungsstrategien wie bewusste Phasen der Entspannung und Erholung - begünstigt dies ebenfalls die Entstehung einer psychischen Erkrankung. Aus diesem Grund wurde das Modell bewusst erweitert und trägt den Namen „Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell“ (vgl. Hammer; Plöchl 2013, S. 14 ff.).

Im Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungs-Modell wird beschrieben, wodurch der Verlauf einer psychischen Erkrankung positiv beeinflusst wird. Auch ist die Vulnerabilität nicht immer gleichbleibend, sondern kann sich verändern. Dennoch kann man nicht genau sagen wann, wie oft und wie lang Krisen auftreten, ob Krankheitssymptome ganz verschwinden oder auch bestehen bleiben. Neben der oft unvermeidbaren Therapie mit Medikamenten sowie psychosoziale Therapieangeboten gibt es verschiedene Rehabilitationsangebote, die bewusst auf eine Integration in das Arbeitsleben ausgerichtet sind. Auf diese werde ich später in meinem Hauptteil konkreter eingehen (vgl. Hammer; Plöchl 2013, S. 16 ff.).

2.3 Fallbeispiel: „Zwangsstörung“

In meiner Einleitung habe ich über Felix geschrieben, welcher an einer Zwangsstörung erkrankt ist. Zwei bis drei Prozent der Bevölkerung leiden an einer Zwangsstörung. Neben der Angststörung, Depression und anderen Abhängigkeitserkrankungen gehört die Zwangsstörung zu den vier häufigsten psychischen Erkrankungen (vgl. ebd., S. 211). Aber was versteht man unter einer Zwangsstörung und wie entsteht diese? Mit diesen Fragen möchte ich mich im nachfolgenden Abschnitt beschäftigen auch hier werde ich mich nur auf die wichtigsten Fakten beschränken.

Ob jemand an einer Zwangsstörung erkrankt ist, zeigt sich erst im frühen Erwachsenenalter. Dabei können ein oder mehrere belastende Lebensereignisse ausschlaggebend dafür sein z.B. eine Mutter durchlebt eine Wochenbettdepression nach der Geburt ihres Kindes. Auch eine bestehende psychische Erkrankung z.B. Schizophrenie kann dazu führen, dass sich eine Zwangsstörung zusätzlich entwickelt. Zwangsstörungen sind geprägt von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Mowrer (1947) entwickelte zu deren Erklärung ein Zwei-Stufen-Modell. In der ersten Stufe geht er davon aus, dass durch die Verbindung neutraler Reize mit unangenehmen Reizen angstausslösende Reize entstehen. Auf der zweiten Stufe gehen durch die Zwangshandlungen die negativen Gefühle zurück oder entstehen erst gar nicht, dennoch ist die Angst vorhanden. Bei Menschen mit einer Zwangsstörung ist das Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle besonders hoch (vgl. ebd., S. 207 ff.).

Zu den häufigsten Formen der Zwangsstörung zählen unter anderen Wasch- und Putzwänge, Kontrollzwänge, Ordnungszwänge. Ein Zwangsgedanke kann zum Beispiel sein, dass die Person denkt, sie habe den Wasserhahn angelassen hat und die ganze Wohnung würde unter Wasser stehen. Um die dadurch aufkommende Angst zu bewältigen, werden die Wasserhähne bei Verlassen der Wohnung gleich mehrmals kontrolliert. Dieses Verhalten kann sich früher oder später zu einer Art Routinehandlung werden, zu der immer mehr Kontrollhandlungen dazu kommen. Die Betroffenen wissen, dass ihre Gedanken und Handlungen nicht sinnvoll und unangenehm sind. Können diese aber nicht oder nur schwer ablegen. Sie sind diesen Gedanken und Handlungen geradezu ausgeliefert. Es ist offenkundig, dass Zwangsstörungen enorme Einschränkungen im Alltag und im Arbeitsleben bedeuten und die Konzentration auf die eigentlichen Aufgaben beeinträchtigt (vgl. Hammer; Plöchl 2013, S. 207 ff.).

3 Auswirkungen psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben

Nachdem ich abgeklärt habe, was eine psychische Erkrankung ist, wende ich mich im Folgenden Abschnitt den Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeitswelt zu.

3.1 Statistische Erhebungen

In diesem Punkt beziehe ich mich auf Informationen der Bundespsychotherapeutenkammer- Studie (BPtK) 2015. Mit dem Beginn der verbindlichen Einführung des ICD-'10 Systems zum 01.01.2000 wird von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) eine Studie erstellt, die Angaben darüber enthält, wie häufig psychische Erkrankungen beim Arbeitnehmer auftreten und daraus eine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Studie 2013 durchgeführt und die Ergebnisse erst 2015 veröffentlicht wurden. Für das Jahr 2013 haben 85 Prozent der im Anschluss genannten gesetzlichen Krankenkassen, ihre Daten zu den Krankschreibungstagen und damit zur Arbeitsunfähigkeit bekanntgegeben: Das sind die AOK, BARMER, GEK, BKK, DAK und TK (vgl. BPtK-Studie 2015, S. 7).

Zunächst ist zu sagen, dass die Krankschreibung der Arbeitnehmer konstant geblieben, das heißt nicht weiter angestiegen ist. Während sich 2012 13,7 Prozent der Arbeitnehmer krank meldeten, ist die Anzahl der gemeldeten betrieblichen Fehltage im Jahr 2013 um 0,3 Prozent gesunken. Nach den Muskel-Skelett und Atemwegserkrankungen, standen die psychischen Erkrankungen damit an dritthäufigster Stelle als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit; im Jahr zuvor standen sie an zweithäufigster Stelle. Jeder siebte Ausfalltag ist auf einer psychischen Erkrankung zurückzuführen. Eine Auswertung der Techniker Krankenkasse hat ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2014 dennoch bei ihnen erneut angestiegen ist, zuvor fand im Jahr 2012 eine Stabilisierung statt. Damit ist eine weitere Zunahme nicht ausgeschlossen (*BPTk-Studie 2015, S. 4*).

Über die Länge der Krankschreibungen wird berichtet, dass psychische Erkrankungen zu einem überdurchschnittlichen Arbeitsausfall und damit zu einer längeren Krankschreibung führen als zum Vergleich körperliche Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf- sowie Atemwegserkrankungen. Der Arbeitsausfall bei psychischen Erkrankungen beträgt im Jahr 2013 rund fünf Wochen (34,5 Tage). Im Vorjahr waren es rund 34,2 Tage. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren es 18,5 Tage und bei Atemwegserkrankungen nur 6,6 Tage. Insgesamt beträgt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aus den Daten der oben genannten Krankenkassen rund 82 Millionen (*vgl. ebd., S.4 ff.*).

Über das Krankengeld ist zu sagen, dass jeder fünfte Mensch mit einer psychischen Erkrankung länger als sechs Wochen krankgeschrieben wird. Daher bezieht diese Personengruppe am meisten Krankengeld (*vgl. ebd., S. 5*).

Dauert der Arbeitsausfall länger als sechs Wochen, spricht man von einer Langzeitarbeitsunfähigkeit. Insgesamt wurden 9,76 Milliarden Euro von den gesetzlichen Krankenversicherungen an Krankengeld ausgegeben. Damit haben sich die Ausgaben ab dem Jahr 2005 um zwei Drittel erhöht (*vgl. ebd., S. 5*).

3.2 Die Bedeutung der Erwerbstätigkeit

Die Zahl der Menschen, die psychisch erkrankt sind, ist nicht weiter angestiegen, dennoch wird anhand den Ergebnissen der erwähnten Studie deutlich, dass psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt eine zunehmende Rolle spielen und nicht mehr weg zu denken sind (*vgl. BPTk-Studie 2015, S. 4*). Eine zentrale Aufgabe ist es, einen psychisch erkrankten Menschen wieder zu integrieren, damit er nicht ausgegrenzt bleibt, sondern wieder am Arbeitsleben teilhaben kann. Dabei ist ganz egal, ob er wieder in seinen alten Job zurückkehren kann oder woanders eingesetzt wird. Denn auch für psychisch erkrankte Menschen nimmt die Tatsache, trotz psychischer Beeinträchtigung arbeitsfähig zu sein, einen hohen Stellenwert ein. Deshalb möchte ich mich in diesem Abschnitt genauer mit der Bedeutung der Erwerbstätigkeit beschäftigen.

Grundsätzlich gilt, dass die Erwerbsarbeit für einen Menschen, viele positive Effekte und Funktionen erfüllen kann. Dabei können drei Ebenen unterschieden werden (*vgl. Längle; Niedermeier- Bleier; Welte 1997, S. 479*).

Auf der *materiellen* Ebene dient Erwerbsarbeit in erster Linie dazu, ein Einkommen zu beziehen, davon die Kosten für den Lebensunterhalt zu decken, um damit die eigene Existenz aufzubauen und zu sichern. Mit der Existenzsicherung entsteht auch ein Gefühl der eigenen Zufriedenheit (*vgl. ebd., S. 479*).

Gleichzeitig ermöglicht Arbeit oder Beschäftigung dem Individuum sich einzubringen und Verantwortung zu übernehmen. Damit befinden wir uns auf der *individuellen* Ebene. Ein weiterer positiver Effekt ist, dass der Mensch durch die Arbeit ein Teil der Gesellschaft ist und sich dadurch gebraucht fühlt. Dies fördert das Selbstwertgefühl. Des Weiteren wird der Status des Individuums bestimmt und trägt zur Identitätsfindung und -klärung bei. Das alles hat schließlich Bedeutung auch für die *soziale* Ebene. Hier ermöglicht die Erwerbstätigkeit den Menschen soziale Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten und die Erweiterung sozialer Rollen innerhalb seines Umfeldes. Ebenso bekommt der Mensch eine Zeitstruktur für seinen Tagesablauf und zur Gestaltung seines Lebens (*vgl. ebd., S. 479*).

3.3 Die Arbeitswelt als ein krankmachender Faktor

Ich komme nun auf einen Aspekt zu sprechen. Anhand der veröffentlichten Studien kann man erkennen, dass Arbeit nicht nur förderlich für die Gesundheit ist, sondern sich auch negativ auf Menschen auswirken und selbst krank machen kann.

Frank Jacobi fragt in seiner Studie „Nehmen psychische Erkrankungen zu?“ ausführlich nach den allgemeinen Stressfaktoren moderner Gesellschaften und fasst diese in der untenstehenden Tabelle zusammen. Gewiss sei unsere Gesellschaft in einem enormen Wandel begriffen, der auch an den Einzelnen hohe Anforderungen stelle. Dennoch möchte er nicht von einer offensichtlichen Stresszunahme sprechen, denn es gäbe auch neue Anpassungsprozesse und Schutzfaktoren im Hinblick auf psychische Störungen. Ferner sollte nach seiner Meinung nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Arbeitsbedingungen in den zurückliegenden Jahrzehnten aufgrund der Umsetzung arbeitspsychologischer Erkenntnisse an vielen Stellen auch verbessert hätten (*vgl. Jacobi 2009, S. 20*).

Tabelle 2: Zunahme psychosozialer Belastungen moderner Gesellschaften (modifiziert nach Weber, 2007)

Gesellschaft	↔	Arbeitswelt
■ Individualisierung/ Singualisierung, Anonymität	»Primat der Ökonomie«	■ Globalisierung/ Wettbewerb
■ Mehrfachbelastungen/ Zeitmangel		■ Wissensintensives Dienstleistungs-/ Informationszeitalter
■ Werte-/ Autoritätskrise	Instabilität	■ Vermehrte »Emotions- arbeit« bei personenbe- zogenen Dienstleistun- gen, erhöhte Anforderun- gen an Servicequali- tät
■ Bildungsexpan- sion		■ Arbeitsverdichtung
■ Migration ■ Entpersönlichte Kommunikation, neue Medien	Mobilität	■ »Freiheit und Leistungsdruck«
■ Schwinden traditioneller Unterstützungs- systeme (z.B. Familienstruktur)		■ Erosion der Normalar- beit/diskontinuierliche Erwerbskarrieren, mangelnde Planbarkeit
■ Unsicherheit zukünftiger ökonomischer Entwicklungen (z.B. hinsichtlich Altersversorgung)	keine/ zu viel Arbeit	■ Flexibilität/Präsentis- mus, permanente Erreichbarkeit
■ Zunehmende Kluft zwischen biologischer und sozialer Reifung		■ Arbeitsplatzun- sicherheit (»hire and fire«), Zeit-/Leiharbeit
	Demografie	■ Missverhältnis zwi- schen wahrgenommener Arbeitsbelastung und (materieller und imma- terieller) Entlohnung (»Gratifikationskrisen«)

Abbildung 1 (Jacobi, Frank 2009, S. 20).

Ich selbst bin dennoch der Meinung, dass sich die Anforderungen, die heutzutage im Arbeitsalltag herrschen, mit den Anforderungen von früher nicht einfach vergleichen lassen. Hier haben sich die Ansprüche deutlich erweitert (vgl. Kardorff; Ohlbrecht 2015, S. 79 ff.).

Neben den traditionellen Tugenden wie z.B. Pünktlichkeit, Fleiß, Genauigkeit oder ein hohes Arbeitspensum werden noch andere Qualifikationen, die sogenannten Schlüsselqualifikationen, wie z. B. Flexibilität, Mobilität sowie soziale Kompetenzen in Bezug auf die Kommunikation von den Unternehmen vorausgesetzt und verlangt. Ebenfalls wird vom Arbeitgeber die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen erwartet, um sich somit weiterzubilden und nicht auf der Stelle stehen zu bleiben. Jeder Mensch hat das Bestreben, diesen Anforderungen gerecht zu werden um somit auch Anerkennung für seine geleistete Arbeit zu erhalten. Ebenso spielt auch die Angst, bei nicht oder nur teilweiser Erfüllung der Aufgaben seinen Arbeitsplatz und damit seine Existenz zu verlieren, eine große Rolle. Für psychisch erkrankte Menschen bedeutet dieser Leistungsdruck neben der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung zusätzlichen Stress. In vielen Fällen sind sie überfordert und resignieren. Dies alles kann Krankheiten auslösen oder zur Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung führen und damit den Genesungsprozess verlängern. Allerdings kann auch Unterforderung, Monotonie bei den Aufgaben oder Konflikte mit den Kollegen (Mobbing), Auswirkungen auf die psychische Gesundheit eines Arbeitnehmers haben (*vgl. Kardorf; Ohlbrecht 2015, S. 79 ff.*).

Den Menschen mit psychischen Erkrankungen/ Behinderungen stehen eine Vielzahl von Gesetzen, die die Teilhabe am Arbeitsleben Regeln, zur Verfügung. Diese richtig anzuwenden, kann sich als sehr schwierig gestalten. Um einen besseren Überblick zu erhalten, wurden schließlich zum 01.07.2001 die verschiedenen Rechtliche Regelungen und Gesetze, die die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen betreffen, in einem gemeinsamen Gesetz, *dem SGB IX* zusammengefasst. Mit diesem werde ich mich nun näher beschäftigen (*vgl. ebd., S. 174*).

4 Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das SGB IX beinhaltet alle gesetzlichen Regelungen zur beruflichen Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung behinderter und von Behinderung bedrohte Menschen sowie schwerbehinderter Menschen (*vgl. Tenamberg 2015, S. 178*). „*Es verbindet die unterschiedlichen Kostenträger mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen und Ansätzen der beruflichen Teilhabe unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Phasen eines Lebens von Menschen mit Behinderungen*“ (*ebd., S. 178*).

4.1 Zielgruppenbezogene Förderung

Das SGB IX wird in zwei Teile mit jeweils zwei unterschiedlichen Personen- bzw. Zielgruppen eingeteilt. Der erste Teil umfasst Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Es handelt sich hierbei um eine Behinderung, die entweder von Geburt an oder später durch äußere Einflüsse wie z.B. Unfall, Krankheit, schwere Traumatisierungen hervorgerufen wird. Dabei zeigen die Betroffenen meist erhebliche Beeinträchtigungen, die voraussichtlich länger als sechs Monate bestehen. Dies ist die Voraussetzung, damit Leistungen nach dem SGB IX gewährt werden können. Das vorrangige sozialpolitische Ziel ist nach § 1 Satz 1 SGB IX, dass der von Behinderung oder von Behinderung bedrohte Mensch selbst Entscheidungen treffen und am Leben in der Gesellschaft gleichberechtigt teilnehmen kann und nicht benachteiligt wird. Ein weiteres wichtiges Ziel zur Integration ist es nach § 4 Abs. 1 Satz 3 SGB IX „die Teilhabe am Arbeitsleben für den Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen entsprechend seinen Fähigkeiten und Neigungen dauerhaft zu sichern“. Um diese Ziele zu gewährleisten erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen des SGB IX. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in den §§ 33 bis 38 SGB IX beschrieben. Laut § 6 Abs. 1 sind für die Umsetzung der Teilhabe am Arbeitsleben, die Rehabilitationsträger verantwortlich (*vgl. ebd., S. 179*).

Zu den Rehabilitationsträgern gehören: die Bundesagentur für Arbeit, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung, Kriegsopferhilfe, die Öffentliche Kinder- und Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe. Ein Beispiel für den Aufgabenbereich. Die Bundesagentur für Arbeit berät behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und erstellt gemeinsam mit ihnen einen Eingliederungsvorschlag (vgl. *ebd.*, S. 179). Dieser wird dem Jobcenter ausgehändigt, das innerhalb von drei Wochen darüber entscheidet, ob die Leistungen zur beruflichen Teilhabe genehmigt werden oder nicht (vgl. *Tenambergen 2015*, S. 179).

Teil zwei des SGB IX beinhaltet die Regelungen zur Teilhabe von schwerbehinderten Menschen oder ihnen auch gleichgestellte Menschen. Eine Schwerbehinderung liegt nach § 2 Abs. 2 SGB IX vor *„wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuch haben“*. Eine psychische Erkrankung oder Behinderung kann als Schwerbehinderung anerkannt werden. Schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen haben Anspruch auf besondere Leistungen sowie verschiedene Angebote der beruflichen Teilhabe. Die Kosten werden von der Bundesagentur für Arbeit sowie von den Integrationsämtern der Bundesländer getragen. Dabei werden die Leistungen durch die Bundesmittel oder Versicherungsleistungen finanziert. Im zweiten Teil des SGB IX findet man außerdem eine besondere Form der Finanzierung. Nach § 77 SGB IX müssen Arbeitgeber, wenn sie weniger als 5 % der Schwerbehinderten Menschen oder ihnen gleichgestellte Menschen in ihrem Betrieb als gesetzlich vorgesehen beschäftigen, eine Ausgleichsabgabe für jeden nicht beschäftigten Schwerbehinderten zahlen. Anspruch auf diese Mittel haben die Integrationsämter und die Bundesagentur für Arbeit. Damit können diese die besonderen Leistungen und Angebote der beruflichen Teilhabe zu nutzen. Für die unterschiedlichen Fälle sind verschiedene Kostenträger zuständig. Folgende Beispiele sollen dies veranschaulichen: Die Behinderung ist durch eine Erkrankung oder einen Unfall im privaten Umfeld entstanden. Ziel ist das der Betroffene durch eine medizinische Rehabilitation wieder arbeitsfähig wird. Der zuständige *Kostenträger ist die Gesetzliche Krankenversicherung* (vgl. *ebd.*, S. 179 f.).

Ein anderes Beispiel: Die Erkrankung oder der Unfall ist durch die berufliche Tätigkeit entstanden. Der zuständige Träger für die Rehabilitationskosten ist entweder die *Gesetzliche Rentenversicherung* oder die *Berufsgenossenschaften*. Ein letztes Beispiel dazu: Bezieht der Jugendliche oder Heranwachsende Leistungen nach dem ersten Teil des SGB IX, wird er während der Berufsvorbereitung und im Anschluss der beruflichen Ausbildung mit einem Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt. Diese Gleichstellung ermöglicht mehr Leistungen zu erhalten. Für die Berufsvorbereitung und Ausbildungszeit ist die *Bundesagentur für Arbeit* als alleiniger Kostenträger zuständig. Diese tritt nur für die Erstausbildung oder um überhaupt Fuß ins Arbeitsleben zu fassen ein (vgl. Tenamberg 2015, S. 179 f.). Im nächsten Abschnitt gehe ich auf die Förderungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Menschen ein.

4.2 Der Schwerbehindertenausweis

Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychischen Beschwerden können einen Schwerbehindertenausweis beim jeweils zuständigen Versorgungs- oder Landesamt formlos oder schriftlich stellen. In der Regel ist dieser dann fünf Jahr lang gültig und kann danach zweimal ohne Formalitäten verlängert werden. Ändert sich in diesem Zeitraum der Gesundheitszustand zum positiven oder negativen muss dies dem Versorgungsamt mitgeteilt werden. Bei der Antragsstellung wird der Grad der Behinderung festgestellt. Der Grad der Behinderung wird bemessen an den ärztlichen Befund, der Auskunft darüber gibt welche Störungen in der Leistungsfähigkeit sowie Einschränkungen und/ oder in Bezug auf die Teilhabe an der Gesellschaft vorliegen und wie ausgeprägt diese sind. Die Diagnose spielt dabei keine Rolle (vgl. Storck 2015, S. 186 f.).

Dabei werden die psychischen Erkrankungen in folgenden Graden eingeteilt:

- 0 – 20: *leichte psychovegetative oder psychische Störungen*
- 30 – 40: *stärkere behindernde Störungen mit Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive, phobische Störung)*

- 50 – 70: *schwere Störung (z.B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten)*
- 80 – 100: *schwere Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten*

Wird bei dem Antragsteller ein Behinderungsgrad von mindestens 50 oder mehr festgestellt, hat er Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis. Personen bei denen ein Behinderungsgrad von 30 bis 40 festgestellt wurde, können mit den schwerbehinderten Menschen ebenfalls gleichgestellt werden und einen Schwerbehindertenausweis erhalten. Allerdings nur wenn sie durch ihre Behinderung ohne die Gleichstellung keinen Arbeitsplatz erhalten. Die Antragsstellung erfolgt hier aber bei der Bundesagentur für Arbeit (*vgl. Storck 2015, S. 186 f.*). In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Einschränkungen die durch die psychischen Erkrankungen hervorgerufen werden, von den Versorgungsämtern oft als zu niedrig eingeschätzt wurden. Es erfolgt auch gegenüber den Betroffenen in den Bescheiden keine Aufklärung darüber, wieso es zu dieser Einstufung kam. Auch schämen sich seelisch erkrankte Menschen oft einen Ausweis zu beantragen, weil sie dadurch befürchten von der Gesellschaft ausgegrenzt zu werden. Oder es ist ihnen ihre Erkrankung gar nicht bewusst (*vgl. ebd., S. 187*).

Viele werden auch von Seiten der Institutionen gar nicht oder unzureichend aufgeklärt, dass sie aufgrund ihrer seelischen Beeinträchtigungen, einen Schwerbehindertenausweis beantragen können. Der Schwerbehindertenausweis bringt viele Vorteile mit sich. Mit dem Erhalt des Schwerbehindertenausweises kann man Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen. Zu den Nachteilsausgleichen zählt zum Beispiel die Erhöhung der Urlaubstage auf zusätzliche fünf Tage. Dieser Zusatzurlaub wird aber den gleichgestellten Menschen nicht gewährt. Des Weiteren können sie von Mehrarbeit befreit werden und auch in Teilzeit arbeiten. Auch besteht hier ein besonderer Kündigungsschutz. Die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen bedarf vorher der Zustimmung des Integrationsamts. Ziel des Integrationsamts ist es, den Schwerbehinderten weiterhin im Arbeitsleben zu integrieren. Dennoch kommt es in der Praxis vor das das Integrationsamt einer Kündigung zustimmt (*vgl. ebd., S. 187 f.*).

Nach all den vielen aufgezählten Vorteilen stellt sich die Frage ob der Schwerbehindertenausweis auch Nachteile mit sich bringt. Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zeigten, dass, das Risiko für einem Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis arbeitslos zu werden, deutlich niedriger ist. Wenn man zusätzlich zu seiner Schwerbehinderung bereits arbeitslos ist, hält die Arbeitslosigkeit länger an. Obwohl der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet ist, eine bestimmte Anzahl an Schwerbehinderten einzustellen, sieht es in der Praxis so aus, dass es Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei der Arbeitsplatzsuche schwerer haben als „gesunde“ Menschen. Viele Menschen haben außerdem Angst, ihrem Arbeitgeber zu erzählen, dass sie eine psychische Erkrankung haben. Sie wollen nicht als „kranker“ Mensch abgestempelt werden. Vor allem in Kleinunternehmen ist die Angst und Scham von Vorurteilen seitens des Arbeitgebers und Kollegen/innen größer als in Großunternehmen, da in den Kleinbetrieben meist jeder jeden kennt. Die Offenlegung einer Schwerbehinderung bei einem Bewerbungsschreiben oder Vorstellungsgespräch bleibt jedem selbst überlassen. Grundsätzlich hat der Arbeitgeber nur das Recht nach einer Behinderung oder Schwerbehinderung zu fragen wenn es für den jeweiligen Aufgabenbereich relevant ist (vgl. Storck 2015, S. 189 ff.).

4.3 Das Persönliche Budget

Seit dem 01.01. 2008 haben Menschen mit Behinderungen, Menschen denen eine Behinderung droht und Schwerbehinderte einen Rechtsanspruch auf das persönliche Budget. Das persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung sondern eine Möglichkeit der Förderung für psychisch erkrankte Menschen. Auch beim persönlichen Budget steht die Integration der psychisch erkrankten Menschen im Vordergrund. Das persönliche Budget wird grundsätzlich als Geldleistung anstatt als Sach- oder Dienstleistung am Monatsanfang ausgezahlt. In besonderen Fällen in Form eines Gutscheins wie es zum Beispiel bei Pflegesachleistungen gehandhabt wird. Mit dem Geld können sie sich selbstständig Leistungen zur Teilhabe einkaufen z.B. Berufsvorbereitende Maßnahmen oder Arbeitsprobungsmaßnahmen. Die Budgetbezieher haben dabei ein Wunsch- und Wahlrecht (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales - einfach teilhaben o.J.).

Mit dem persönlichen Budget dürfen nicht die Kosten für das alltägliche Leben wie z.B. Unterkunft, Heizung finanziert werden. Das Budget soll ausschließlich für die Leistungen zur Förderung, Betreuung, Beteiligung, Assistenz und Pflege genutzt werden. Mit dem Erhalt des Budgets wird dem Menschen eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht. Dies ist das Ziel des persönlichen Budgets. Damit nimmt der Budgetteilnehmer die Rolle eines Kunden und Käufers ein und nicht mehr die Rolle des „Erkrankten“. Die Finanzierung der Persönlichen Budgets erfolgt über die Rehabilitationsträger, den Pflege- und Krankenkassen, den Integrationsämtern sowie den Trägern der Eingliederungshilfe. Es wird zwischen zwei Arten unterschieden: dem einfachen persönlichen Budget und den trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Beim einfachen persönlichen Budget ist nur ein Leistungsträger dafür zuständig. Ein Bsp. hierfür wäre die Eingliederungshilfe des psychisch erkrankten Menschen. Beim trägerübergreifenden Budget erbringen hier wie der Name schon verrät, mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget z.B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung. Die Antragstellung erfolgt freiwillig beim jeweiligen Leistungsträger oder bei den gemeinsamen Service und Beratungsstellen der Rehabilitationsträger (*vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales - einfach teilhaben o.J.*).

Voraussetzung für den Erhalt eines persönlichen Budget ist, dass der Behinderte Mensch in der Lage ist, sich die benötigten Leistungen selbstständig zu organisieren. Des Weiteren muss der Budgetempfänger mit dem jeweiligen Leistungsträger eine Zielvereinbarung abschließen. Damit soll überprüft werden, ob derjenige das Budget so einsetzt wie es festgelegt wurde. Diese Zielvereinbarung wird dann in regelmäßigen Abständen überprüft und bei Bedarf verändert (*vgl. ebd.*). Demzufolge hat der Budgetempfänger auch eine Nachweispflicht für welche Leistungen er das Budget ausgegeben hat. Durch die Nachweispflicht kann sich der Budgetteilnehmer eventuell abhängig sowie überwacht vom Leistungsträger fühlen. Dies könnte als eine Einengung gesehen werden. Die Höhe des Budget muss so ausreichend sein, dass derjenige sich die entsprechenden Hilfen, die er benötigt einkaufen kann. Dabei sollte neben der Quantität auch auf Qualität geachtet werden (*vgl. Storck 2015, S. 32*).

5 Möglichkeiten der Integration und beruflicher Rehabilitation

Nachdem die rechtlichen Grundlagen dargestellt wurden, wende ich mich der Frage zu, wie psychisch erkrankte Menschen überhaupt wieder in das Arbeitsleben hineinfinden können. Wie erfolgt eine berufliche Rehabilitation, wenn der psychisch erkrankte Mensch zum Beispiel in einer Klinik medizinisch rehabilitiert wurde und nun in das Erwerbsleben wiedereingegliedert werden soll? Dazu muss gesagt werden, dass es nicht „den einen“ richtigen Weg gibt. Jeder Mensch bringt eine andere Krankheitsgeschichte sowie die daraus entstehenden Symptome mit. Diese können unterschiedlich stark oder weniger stark ausgeprägt sein und demzufolge den psychisch erkrankten Menschen erheblich in seinem Denken, Fühlen und Verhalten einschränken. Dies ist ein wichtiger Punkt, der bei der Integration und Re-integration in das Erwerbsleben, von den Institutionen, Unternehmen sowie Ärzten mitberücksichtigt werden muss. Des Weiteren besitzt jeder Mensch unterschiedlich stark ausgeprägte Ressourcen wie z.B. Stärken oder besondere Fähigkeiten, denen ebenfalls Beachtung geschenkt werden muss. Jeder bringt außerdem verschiedene Erfahrungen z.B. im beruflichen mit und hat demzufolge unterschiedliche berufliche Vorstellungen sowie Ziele. Ebenso sollte das jeweilige Umfeld des psychisch Erkrankten betrachtet werden, ob noch andere zusätzliche Belastungen auf ihm liegen. Wie bereits erwähnt gibt es kein „Einheitsrezept“, das für alle psychisch erkrankten Menschen, die in Arbeit kommen wollen oder wieder kommen wollen, angewandt werden kann. Dennoch gibt es viele verschiedene Möglichkeiten, wie psychisch erkrankte zu oder wieder zu Arbeitnehmern werden und wo sie arbeiten können.

Psychisch erkrankte Menschen – gleich in welchem Lebensalter sie sich befinden wollen gern auf dem allgemeinen oder auch ersten Arbeitsmarkt angestellt werden. Dies ist auch ein Ziel das sozialpolitisch verfolgt wird. Auf dem ersten Arbeitsmarkt gehen psychisch erkrankte Menschen ein festes Arbeitsverhältnis in Form eines Arbeitsvertrages mit ihren Arbeitgeber ein. Demzufolge haben sie den Status eines Arbeitnehmers. Bei der Vergütung zwischen den Kollegen/innen und dem seelisch beeinträchtigten Menschen werden keine Unterschiede gemacht (vgl. *Institut der deutschen Wirtschaft Köln – REHADAT 2015, S. 1*).

Hier gilt auch wie bereits weiter oben erwähnt der Kündigungsschutz für einen schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen. In der Praxis sieht es allerdings so aus, dass vielen Menschen aufgrund ihrer Art und Schwere der Erkrankung/ Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Rehabilitation (erst einmal) keine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zugetraut und demzufolge nicht gewährt wird. Für diese Menschen kann die Arbeit auf den besonderen Arbeitsmarkt z.B. in einer Werkstatt für Behinderte zunächst eine Perspektive darstellen, um überhaupt in das Arbeitsleben integriert zu sein. Das bedeutet aber nicht, dass diese Personen ein Leben lang in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten müssen. Später kann auch bei Erreichen einer Leistungsfähigkeit der Übergang in den ersten Arbeitsmarkt erfolgen. Die Besonderheit, die hier im Vergleich zum ersten Arbeitsmarkt herrscht, ist, dass zwischen dem behinderten Menschen und der Werkstatt ein Betreuungsvertrag abgeschlossen wird. Die Menschen sind dennoch wie auf dem ersten Arbeitsmarkt sozialversichert und bekommen ein Arbeitsentgelt, das allerdings kaum für den täglichen Bedarf ausreicht. Somit bedarf es einer Grundsicherung nach dem SGB XII. 30.000 Menschen sind derzeit in 720 Werkstätten angestellt (vgl. Schwendy 2015, S. 67 ff.).

In der Literatur wird aber noch von einem zweiten Arbeitsmarkt gesprochen. Hier gelten die Menschen als erwerbstätig, aber es greifen nicht die Rechte, die der Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf dem ersten Arbeitsmarkt hat. Demzufolge existiert auch kein Arbeitsvertrag, sondern eine Fördervereinbarung. Diese basiert auf einer Eingliederungsvereinbarung zwischen dem Arbeitssuchenden und der Bundesagentur für Arbeit bzw. Jobcenter. Die Träger sind Kommunen, Wohlfahrtsorganisationen, Vereine sowie gemeinnützige GmbHs. Ziel ist die Erledigung öffentlicher Aufgaben, die dem Interesse des Allgemeinwohls dienen z.B. Grünpflege (vgl. ebd., S. 70 ff.).

Wichtig zu erwähnen ist das z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten oder Nachbarschaftshilfe ebenfalls Beschäftigungsmöglichkeiten sein können, diese aber nicht innerhalb der Arbeitsmärkte stattfinden. Die Tätigkeit wird nicht entlohnt, aber der Mensch kann sich dadurch gebraucht fühlen (vgl. ebd., S. 70 ff.).

Vor allem für junge Menschen mit seelischen Erkrankung ist es schwierig, zunächst überhaupt einen Ausbildungsplatz zu bekommen und dann später in den Arbeitsprozess integriert zu sein. Doch auch für diese Zielgruppe gibt es Wege und Möglichkeiten. Im Folgenden werde ich die Berufswegfindung- und Vermittlung erläutern. Damit möchte ich erklären, wie überhaupt ein erster Zugang für den jungen Erwachsenen, in den ersten oder auch in den besonderen Arbeitsmarkt und damit ein Tor in die Integration geöffnet wird. Ich persönlich empfinde dies als sehr spannend.

5.1 Allgemeine Hürden und Grenzen junger Erwachsener

Schulabgänger und Ausbildungssuchende haben keine oder unrealistische Vorstellungen darüber, welchen Beruf sie erlernen möchten. Ebenso fällt es ihnen schwer, sich und ihre eigenen Stärken sowie Schwächen bewusst zu werden und diese realistisch einzuschätzen. Ein zu großes Selbstvertrauen kann zu Überschätzungen führen. Ein geringes Selbstvertrauen kann zu Unterschätzungen führen. Die Schwierigkeit besteht darin zu erkennen, welcher Beruf am besten zu den eigenen Fähigkeiten und Ressourcen passt. Weil aber zu wenig Ausbildungsplätze sowie Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, müssen die jungen Menschen sich der Ausbildungs- sowie Arbeitssituation anpassen und damit ihre Ansprüche zunächst erst einmal runtersetzen. Für junge Menschen mit einer psychischen Erkrankung kommen nun neben diesen genannten Herausforderungen noch weitere Schwierigkeiten hinzu. Sie müssen gleichzeitig auch in der Lage sein, die Einschränkungen, die ihre Krankheit mit sich bringt, einzuschätzen, was aber im Gegenteil zu einer körperlichen Erkrankung sehr schwierig ist. Eine psychische Erkrankung ist nicht plötzlich mit allen Symptomen da, sondern beginnt eher schleichend. Daher ist es für den Betroffenen, aber auch für die nahestehenden Personen schwierig, diese Veränderung bzw. Symptome im Anfangsstadium zu erkennen und wahrzunehmen. Meist werden die Symptome erst wahrgenommen, wenn der junge Mensch nicht mehr voll leistungs- und einsatzfähig ist und Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Aufgaben und Herausforderungen, die das tägliche Leben mit sich bringt, auftauchen. Doch genau diese ständige Leistungs- und Einsatzfähigkeit wird in der Schule, Ausbildung und im späteren Beruf erwartet (*vgl. Haas 2015, S. 343 ff.*).

Oft müssen die jungen Menschen zunächst einmal stabil werden (z.B. durch Klinikaufenthalte oder Psychotherapie), um überhaupt ausbildungsfähig sowie arbeitsfähig zu sein. Schwierig wird es auch für den jungen Erwachsenen, der sich bereits in einer Ausbildung oder Studium befindet. Je nach Art und Schwere des Krankheitsbildes sowie der eigenen Ressourcen kann es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommen, die für unbestimmte Zeit anhalten kann. Oft ist der junge Erwachsene bestrebt sein Studium oder seine Ausbildung so schnell wie möglich wieder aufzunehmen. Die Gefahr dabei besteht darin, dass es nach der Phase der Stabilisierung wieder zu einem Rückfall kommt und der Prozess der Genesung länger andauert. Das Gegenteil kann aber auch eintreten. So dass der junge Mensch durch seine seelische Erkrankung und eventuell zusätzliche Belastungen keine Perspektive mehr sieht, keine Motivation sowie Kraft zur Veränderung besitzt, um professionelle Hilfs- und Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Dies ist aber die Voraussetzung dafür, dass überhaupt eine Integration gelingen kann (*vgl. Haas 2015, S. 343 ff.*).

Ebenso gestaltet sich für den jungen psychisch erkrankten Menschen der Weg in eine Ausbildung oder in einen Beruf als sehr steinig. Zunächst müssen oft verschiedene Maßnahmen und Angebote der Jugendberufshilfe sowie beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ausprobiert werden, um überhaupt die richtige Richtung für den jeweils individuell zu betrachtenden Fall zu finden. Dabei erhält der junge Erwachsene meist nicht den einen kontinuierlichen Begleiter an seiner Seite, den er dringend benötigt, sondern ist ständig wechselnden Bezugspersonen ausgesetzt. Dadurch ist es für den Hilfesuchenden überhaupt schwierig, Vertrauen aufzubauen, was jedoch für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sehr wichtig ist. Ebenso kann es auch zu Abbrüchen der Ausbildung oder des Studiums kommen (*vgl. ebd., S. 343 ff.*).

Ein weiteres Hindernis, um im Arbeitsleben Fuß zu fassen, ist durch die rechtliche Seite gegeben Mit dem Erreichen der Volljährigkeit greift für den jungen Erwachsenen nicht mehr das Kinder- und Jugendhilfegesetz((SBG VIII) mit seiner Vielfalt an Hilfsmöglichkeiten, sondern die Leistungen zur Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (*vgl. ebd., S. 343 ff.*).

Oftmals werden die Hilfen mit dem 18. Lebensjahr gestoppt und die jungen Erwachsenen in ihren weiteren Rechtsansprüchen nach dem SGB XII nicht oder nicht ausreichend aufgeklärt und weiter vermittelt. Ein weiterer Punkt ist, dass die Eingliederungshilfen wie sie im SGB XII beschrieben sind, eher an ältere sowie chronisch eingeschränkte Menschen gerichtet und angepasst sind und meist die Bedürfnisse junger Erwachsenen in den gesetzlichen Regelungen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt werden (*vgl. Haas 2015, S. 343 ff.*).

5.2 Aufgaben und Unterstützungsangebote der Bundesagentur für Arbeit zur Integration in Ausbildung und Beruf

Besteht ein Beratungs-, Unterstützungs- sowie Vermittlungsbedarf bei dem Übergang zwischen Schule und Ausbildung sowie Ausbildung und Beruf können, sich die jungen Menschen an die Bundesagentur für Arbeit wenden. Diese ist für die berufliche Ersteingliederung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuständig. Innerhalb dieser Institution gibt es zwei Stellen, die Möglichkeiten zur Beratung anbieten. Für die unter 25 jährigen ist es die U 25, die früher die Berufsberatung war. Dann gibt es das Reha-Team, dies ist für die jungen Menschen sowie für Erwachsene zuständig, bei denen ein Behindertengrad von mehr als 30 Prozent festgestellt wurde oder eine Behinderung zu erkennen ist. Psychisch erkrankte junge Menschen nehmen zunächst eher die U 25 in Anspruch. Häufig verschweigen sie aber aus Scham und Angst vor Stigmatisierungen ihre Erkrankung/ Behinderung. Die Jugendlichen und auch die Berater erkennen auch gar nicht bzw. zu spät, dass sie gesundheitliche Probleme haben. Dies hat zur Folge, dass die jungen Menschen in Berufsfelder geleitet werden, die aber aufgrund ihrer seelischen Belastungen nicht geeignet sind. Dem vorzubeugen wäre das Reha-Team eine geeignetere Anlaufstelle für junge Menschen mit psychischen Einschränkungen (*vgl. Weiland 2015, S. 354 ff.*).

Ein wichtiger Bestandteil der Beratung ist die individuelle Profilerstellung des jungen Menschen. Dieses sogenannte Profiling, ist ein Instrument was neben den anderen Instrumenten wie z.B. Befragung, Berufspraktisches Training, Psychoedukation, Bewerbungstraining sowie verschiedene psychologischen Testverfahren, in der Arbeitsdiagnostik zur Integration sowie beruflichen Rehabilitation, angewendet wird. Ziel ist es herauszufinden welche konkreten beruflichen Vorstellungen und Erwartungen bei dem jungen Menschen vorliegen und welche realisierbar sind. Dabei wird das familiäre Umfeld ebenfalls mitberücksichtigt z.B. Meinung der Eltern über Berufswunsch. Beim Profiling wird ein Leistungsbild erstellt. Dieses gibt Auskunft unter anderen über die jeweiligen Stärken und Schwächen, die Kompetenzen, die derjenige/ diejenige mitbringt z.B. berufliche und praktische Fähigkeiten, Arbeits- und Sozialverhalten und den Entwicklungsstand. Weitere Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit können ebenfalls in den Fall miteinbezogen werden. Somit wird eine Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ermöglicht und unterstützt. Zu den Fachdiensten gehören: der ärztliche Dienst, der Technische Beratungsdienst sowie der Berufspsychologische Service. Durch den Berufspsychologischen Service können mit der Zustimmung des jungen Menschen in den Folgeberatungen z.B. psychologische Gutachten oder Berufswahltests erstellt werden (*vgl. Schnell, Tonewa-Pentcheva 2015, S. 234 ff.*).

Durch den Ärztlichen Dienst kann des Weiteren abgeklärt werden, ob ein individueller beruflicher Förderbedarf besteht damit das Ziel z.B. der Beginn einer Ausbildung erreicht werden kann. In weiteren anschließenden Beratungen werden die ärztlichen und psychologischen Gutachten ausgewertet und die Ergebnisse mit allen Beteiligten besprochen. Diese können zum Beispiel Auskunft darüber geben, ob der junge Mensch aufgrund seiner Erkrankung dennoch den Anforderungen einer Berufsausbildung gerecht werden kann oder ob eine berufsvorbereitende Maßnahme angestrebt werden sollte. Stellt sich heraus, dass für die Verwirklichung der Ziele ein spezieller Förderbedarf notwendig ist sind folgende Richtlinien zu beachten (*vgl. Weiland 2015, S. 358*):

- Hilfen sollten so normal wie möglich sein und spezielle Hilfen werden nur getragen wenn es unbedingt notwendig ist
- Allgemeine Leistungen haben Vorrang vor besonderen Leistungen (z.B. Betriebliche Ausbildungen haben Vorrang vor überbetrieblicher Ausbildung)
- Schritte zur beruflichen Eingliederung müssen aufeinander abgestimmt und nachvollziehbar sein (Erstellung eines Planes, der fortlaufend aktualisiert werden muss)

Die hier aufgeführten Punkte bzw. Schritte sind für eine gute und erfolgreiche Beratung wichtig. Damit wird dem jungen Menschen eine berufliche Förderung ermöglicht, die individuell auf seine Bedürfnisse, seine psychischen Beeinträchtigungen und vorhandene Ressourcen abgestimmt ist (*vgl. Weiland 2015, S. 358*).

5.3 Maßnahmen für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen

Im folgenden Abschnitt werde ich auf die Maßnahmen eingehen, die durch die Bundesagentur für Arbeit vermittelt und finanziert werden. Bei den von der Institution angebotenen Maßnahmen werde ich mich nur auf zwei beschränken. Diese Maßnahmen sind als ein erster Schritt zur Förderung und Integration psychisch beeinträchtigter junger Menschen, in den Ausbildungs- und später in den ersten Arbeitsmarkt gedacht. Voraussetzung für die Finanzierung der Integrationsmaßnahmen ist, dass sie einen Erfolg verspricht und der junge Mensch dadurch einen besseren und schnelleren Zugang in das Arbeitsleben erhält. Konkret bedeutet das, dass eine Förderung für die Berufe, für die der Mensch aufgrund seiner Erkrankung/ Behinderung nicht tauglich ist, nicht gewährt wird (*vgl. Weiland 2015, S. 361*).

Maßnahmen zur ersten Integration und damit mögliche Wege zum allgemeinen Arbeitsmarkt können sein:

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB): eine Berufsvorbereitende Maßnahme findet in einer überbetrieblichen Einrichtung z.B. in einem Berufsbildungswerk statt. Berufsbildungswerke sind in ganz Deutschland verteilt. Die Berufsvorbereitende Maßnahme dauert in der Regel 11 Monate an und kann bis zu 18 Monaten verlängert werden. Es werden dort theoretische und praktische Kenntnisse vermittelt und gefördert, um somit den jungen Menschen auf eine spätere Ausbildungs- oder Arbeitsstelle vorzubereiten. Der Vorteil dieser Maßnahme ist, dass dem jungen Menschen mit Beeinträchtigungen psychologische, medizinische, pädagogische und sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Weiland 2015, S. 361).

Berufsausbildung: junge Menschen mit psychischen Erkrankungen haben genauso wie gesunde Menschen laut der Ausbildungs- und Handwerksordnung ein Recht auf einen Ausbildungsplatz. Für diese Personengruppen werden auf Antrag behindertenspezifische Ausbildungen ermöglicht. Die Ausbildungen erfolgen betrieblich oder überbetrieblich. Dabei beträgt die Ausbildungszeit in der Regel zweieinhalb bis dreieinhalb Jahre. Kann aber unter Umständen verkürzt oder verlängert werden. Innerhalb der betrieblichen Berufsausbildung kann der psychisch erkrankte junge Mensch, Ausbildungsbegleitende Hilfen wie z.B. Förder- und Stützunterricht bekommen. Dadurch hat der junge Mensch bessere Chancen, um seine Ausbildung erfolgreich abzuschließen. Des Weiteren werden Beratungen durch Sozialpädagogen als zusätzliche Unterstützungsleistungen angeboten. Arbeitgeber können außerdem einen Ausbildungszuschuss erhalten. Dieser kann für die Vermittlung und den Mehraufwand, der ihm durch die Ausbildung entsteht, verwendet werden. Die Ausbildung erfolgt im Betrieb sowie in der Berufsschule (dual). Im Betrieb werden die praktischen Kenntnisse vermittelt. In der Berufsschule die theoretischen Grundlagen. Die außerbetriebliche Ausbildung ist für die jungen Menschen, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen keine betriebliche Ausbildung absolvieren können oder keinen geeigneten Ausbildungsplatz finden. Die Bildungsträger oder Berufsbildungswerke bieten die außerbetriebliche Ausbildung an. Zu der Ausbildungszeit gehören auch betriebliche Ausbildungsphasen im Unternehmen. Der junge Mensch soll Einblicke in den Tagesablauf sowie den Anforderungen des Unternehmens bekommen (vgl. ebd., S. 361 ff.).

Im Idealfall kann der junge Mensch seine Ausbildung im Betrieb zu Ende bringen und/ oder nach der Ausbildung vom Unternehmen übernommen werden (vgl. Weiland 2015, S. 361 ff.).

Ist eine Ausbildung oder eine Arbeitsstelle aufgrund der Auswirkungen die die Erkrankung/Behinderung mit sich bringt, nicht möglich, so könnte wie bereits erwähnt, eine Alternative die *Werkstatt für Behinderte Menschen sein*. Ebenso kann auch das *Supported Employment* unter dem Synonym der *Unterstützten Beschäftigung* bekannt, eine Möglichkeit einer Beschäftigung bieten (vgl. ebd., S. 363).

6 Berufliche Rehabilitation konkret am Beispiel für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Begriffe medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation wurden bereits des Öfteren im Text erwähnt. In diesem Abschnitt werde ich erklären, was der Begriff Rehabilitation bedeutet und wie die berufliche Rehabilitation in der Praxis funktioniert. Wie bei der Integration gibt es auch hier verschiedene Möglichkeiten bzw. Wege, psychisch erkrankte Menschen in das Arbeitsleben zu reintegrieren. Ich werde mich dabei allerdings nur auf eine Möglichkeit beschränken. Außerdem finde ich es wichtig, auch etwas zur medizinischen Rehabilitation zu sagen, insbesondere bei den Punkten Voraussetzungen sowie Rehabilitationszielen.

6.1 Definitionen von Rehabilitation

Das Wort Rehabilitation kommt aus dem französischen „réhabiliter“. In der Literatur findet man unterschiedliche Bedeutungen für dieses Wort. So wurde „Rehabilitation“ in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erstmals im Kontext der Armenpflege gebraucht. Hier bedeutet es, *„den Armen wieder zur Ehren bringen“, damit er in seine früheren Rechte wieder eingesetzt werden kann“* (vgl. Mecklenburg 2015, S. 269). In der heutigen Bedeutung: *„als Eingliederung behinderter Menschen wurde der Begriff „Rehabilitation“ erst nach dem 2. Weltkrieg gebräuchlich“* (Mecklenburg 2001, S. 269, Hervor. S.G.).

Bennett definiert „Rehabilitation“ im pragmatischen Sinne: als das Ziel eines Menschen *„in einem soweit als möglichst normalem sozialem Leben den bestmöglichen Gebrauch von den ihm verbliebenen Fähigkeiten zu machen“* (ebd., S. 269, zit. N. Bennett 1975, S. 797, Hervor. S.G.).

Laut Reker ist Rehabilitation nicht dasselbe wie eine Therapie. *„Das klassische medizinische Modell „Krankheit-Therapie-Heilung“ wird ergänzt durch die Sequenz „Behinderung-Rehabilitation-Funktionsfähigkeit“* (ebd., S. 269, zit. N. Reker 2004, o.S. (siehe Abbildung 2)).

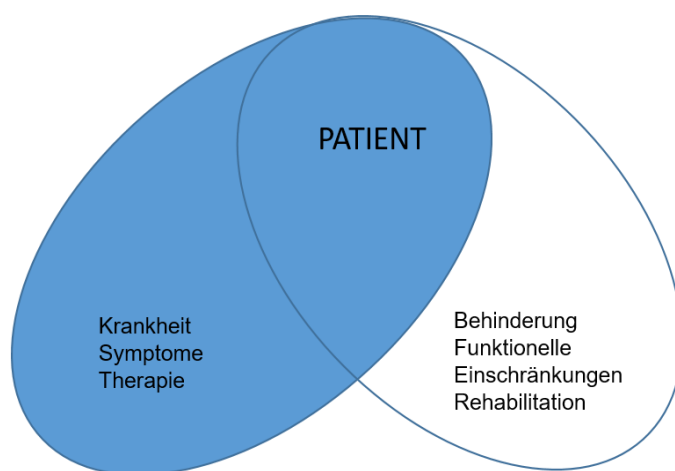


Abbildung 2 Therapie und Rehabilitation als sich ergänzende Perspektiven (modifiziert nach Reker 2004)

6.2 Voraussetzungen

Bevor eine Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe (medizinische und berufliche Rehabilitation) genehmigt wird, muss nach Antragseingang vom zuständigen Leistungsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung sowie Bundesagentur für Arbeit) geprüft werden, ob die Voraussetzungen dafür vorliegen. Der Antrag kann bei den oben genannten Leistungsträgern oder bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gestellt werden. Dieser Antrag wird dann ebenfalls zur Prüfung an den Leistungsträger weitergeleitet (vgl. Mecklenburg 2015, S. 274).

Folgende Voraussetzungen müssen für einen positiven Bescheid vorliegen, um eine Rehabilitation zu erhalten: Zum einen die *Rehabilitationsbedürftigkeit*. Es müssen gesundheitlich bedingte, drohende oder klinisch erkennbare Beeinträchtigungen der Teilhabe und unzureichende Wirksamkeit psychiatrischer Behandlungen vorliegen. Zum anderen die *Rehabilitationsfähigkeit*. Diese ist gegeben, wenn der Behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch körperlich sowie psychisch in der Lage ist, an einer Leistung zur Teilhabe teilzunehmen. Hier spielt die *Motivation* des Menschen eine entscheidende Rolle. An der Motivation oder Motivierbarkeit sowie einer steigenden Belastbarkeit wird erkennbar, ob der Mensch Rehabilitationsfähig ist (vgl. Mecklenburg 2015, S. 274). Bei der Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit sollte berücksichtigt werden, dass psychisch erkrankte Menschen etwa aufgrund von negativen Erfahrungen mit Ärzten oder, Misserfolgen in den Psychotherapien, zunächst keine Motivation besitzen und auch keine Kraft für eine Rehabilitationsmaßnahme aufbringen können. Erst im Laufe der Rehabilitation können die Motivation und damit auch die Energie zur positiven Veränderung, entstehen. Daher ist es wichtig, den psychisch erkrankten Menschen im Vorfeld auf eine Rehabilitation vorzubereiten. Zum Beispiel durch ambulante Tageskliniken, in dem sie zunächst einmal stabilisiert werden. Ebenfalls von Bedeutung ist eine *positive Rehabilitationsprognose*. Damit wird gewährleistet, dass die Leistungen zur Rehabilitation erfolgreich sind. Die Rehabilitationsprognose beschäftigt sich mit zwei Fragen: 1. Kann durch die Rehabilitation drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen vermieden oder verringert werden. Kann das Rehabilitationsziel nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen erreicht werden, wenn die vorgeschlagene Reha-Maßnahme möglichst sparsam eingesetzt wird (vgl. gesundheitsberater Berlin GbR 2015)? Neben der Diagnose ist die Art und Schwere der Erkrankung sowie der allgemeine Gesundheitszustand, ein weiterer Indikator dafür, ob eine Rehabilitation zugestimmt werden kann und welche Leistungen zur Teilhabe für den psychisch erkrankten Menschen in Betracht kommen (vgl. Sartor 2010).

6.3 Rehabilitationsziele

Rehabilitation steuert auf viele Ziele zu. Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel die Arbeitsfähigkeit eines Menschen nach einer Erkrankung, Unfall oder Trauma so wiederherzustellen oder zu erhalten, dass er seine körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten wieder nutzen kann, um in das Arbeitsleben re-integriert zu werden (vgl. *Doc Check Medical Services GmbH 2015*). Der zu Rehabilitierende soll lernen, mit sich und seiner Erkrankung in seinem Lebensumfeld besser zurechtzukommen. Gegen erneute Krankheitsschübe soll ebenso vorgebeugt werden, so dass diese am besten gar nicht mehr auftreten oder zumindest reduzierbar und kontrollierbar werden. Für die berufliche Rehabilitation steht ebenso wie bei der medizinischen Rehabilitation die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und damit verbunden die Teilhabe an der Gesellschaft an erster Stelle. Dies wird auch an dem Grundsatz: „Reha vor Rente“ deutlich (vgl. *Bundesministerium für Gesundheit 2015*).

6.4 Das Kölner Instrumentarium- Arbeitsinstrument der berufliche Rehabilitation und Integration

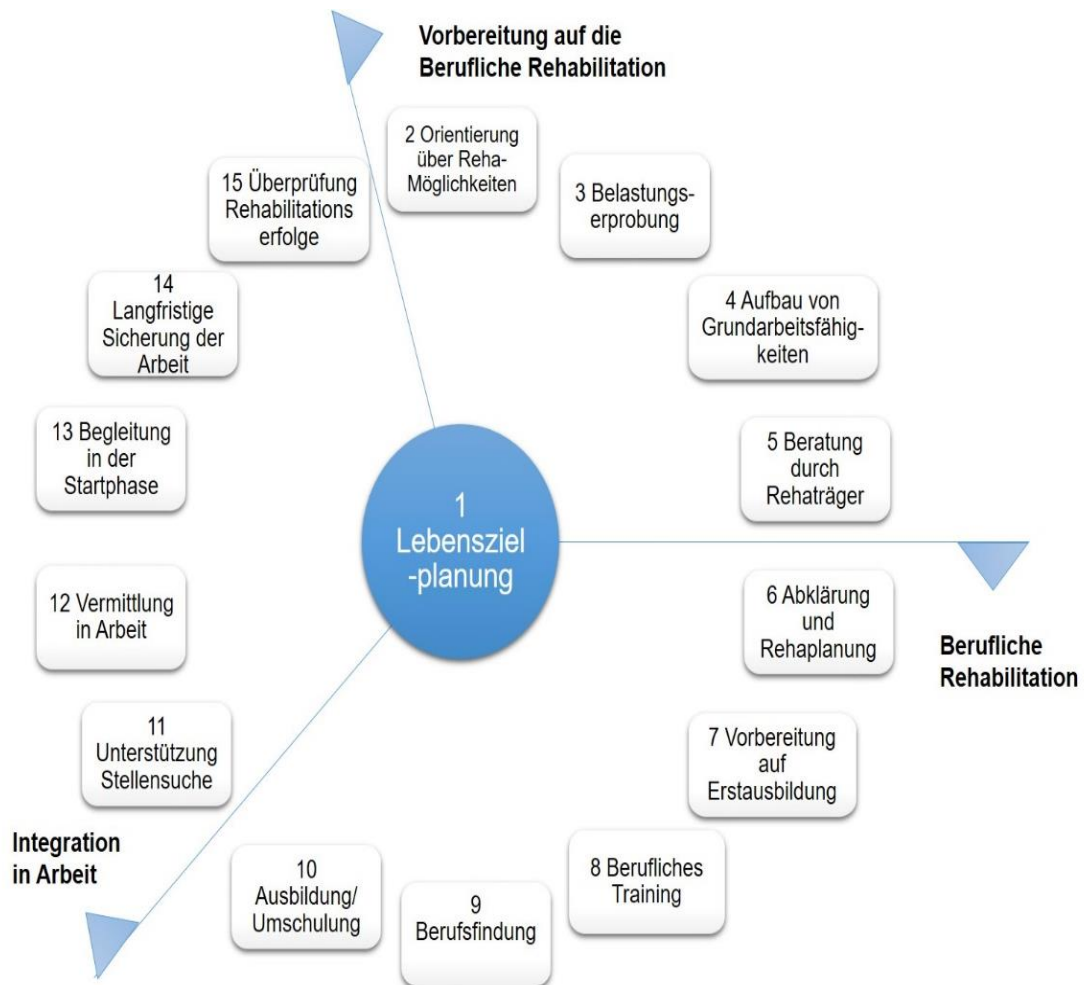


Abbildung 3: Das Kölner Instrumentarium

Das Kölner Instrumentarium (siehe Abbildung 3) ist ein bedeutendes Arbeitsinstrument, das bei der beruflichen Rehabilitation und beruflichen Integration Anwendung findet und von Fachkräften genutzt wird. Mit Hilfe dieses Arbeitsinstrumentes, schaffen Fachkräfte ihren Klienten und den Rehabilitationsträgern gegenüber eine Transparenz über die Maßnahmen und den Ablauf. Gleichzeitig kann es zum Eigeninteresse verwendet werden. Man erkennt, wo man grad steht und welche weiteren Schritte für eine berufliche Integration erforderlich sind. Dabei sind die einzelnen Funktionsbereiche nach einem ganzheitlichen Ansatz ausgerichtet (vgl. Haerlin; Mecklenburg 2011).

Hier muss individuell geschaut werden, was auf den jeweiligen Menschen in der jeweiligen Situation/ Lage zutrifft, also welche Hilfen benötigt werden. Diese Hilfen werden durch die Institutionen ausgeführt. Beim ganzheitlichen Ansatz wird das soziale Umfeld des psychisch erkrankten Menschen ebenfalls miteinbezogen. Hier sollte auch, wie bei der Integration von jungen Menschen, eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychiatern, Psychologen, Sozialpädagogen und Fachkräften für berufsfördernde Maßnahmen erfolgen. Wie man anhand der Grafik erkennt, steht der Mensch mit seinen Lebenszielen im Mittelpunkt. Diese individuellen Ziele, müssen bei der Planung und Ausführung der einzelnen Funktionen gemeinsam mit den Fachkräften und dem psychisch erkrankten Menschen, berücksichtigt, überprüft und anschließend immer wieder reflektiert werden. Die grafische Darstellung der einzelnen Funktionsbereiche von eins bis fünfzehn, sorgt dabei für eine gute Orientierung bei den Anwendern. Das Kölner Instrumentarium ist kein vorgeschriebener Ablaufplan von Maßnahmen, die in einer bestimmten Reihenfolge ausgeführt werden sollen. Denn psychisch erkrankte Menschen können lange in einer Funktion stehen bleiben, bis sie zur nächsten Funktion übergehen können. Ebenso muss man auch mit Rückschlägen rechnen, so dass sich der psychisch erkrankte Mensch, der sich vor einer Woche noch in Funktionsbereich sieben befand, plötzlich zum Bereich sechs zurückfällt. Daher können die Funktionsbereiche entweder einzeln genutzt oder mit anderen kombiniert werden (vgl. Haerlin; Mecklenburg 2011).

6.5 Ablauf der Beruflichen Rehabilitation

Bestehen nach einer medizinischen Rehabilitation weiterhin noch gesundheitliche Beeinträchtigungen beim psychisch erkrankten Menschen, kann dennoch eine berufliche Rehabilitation begonnen werden. Laut dem Kölner Instrumentarium gehören die Funktionen 5 bis 10 zur Beruflichen Rehabilitation. Die Berufliche Rehabilitation beginnt mit einer Beratung von den jeweiligen Rehabilitationsträgern. Dabei wird geschaut, welche Hilfen und spezielle Maßnahmen für die jeweilige Person erbracht werden können. Des Weiteren wird abgeklärt, inwieweit die Person belastungsfähig ist, welche Leistungspotenziale vorhanden sind und welches berufliche Ziel angestrebt wird (vgl. Mecklenburg 2015, S. 278).

Vorrangig steht die Wiedereingliederung in dem bisherigen ausgeübten Beruf oder in einem ähnlichen Berufsfeld im Vordergrund. Diese Re-Integration kann durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement oder die Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell) seitens des Arbeitgebers und den Rehabilitationsträgern ermöglicht werden (*vgl. Mecklenburg 2015, S. 278*). Tritt der Fall ein, dass eine Rückkehr in den ursprünglichen Arbeitsplatz nicht möglich ist, kann z. B. das Berufliche Training (Funktionsbereich acht), Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung unterstützen, einen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt oder in den besonderen Arbeitsmarkt zu erlangen. Voraussetzung ist, dass der psychisch erkrankte Erwachsene oder behinderte Mensch stabil genug ist und den Willen dafür besitzt, täglich vier bis acht Stunden zu arbeiten (*vgl. Haerlin; Mecklenburg 2011*).

6.6 Das Berufliche Training als mögliche Rehabilitationsmaßnahme psychisch erkrankter Menschen

Das Berufliche Training kann neben den regionalen Beruflichen Trainingszentren in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte, Werkstätten für psychisch behinderte Menschen oder im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung erfolgen. Berufliches Training findet in einer berufs- und realitätsnahen Umgebung statt. Es orientiert sich an den individuellen Ressourcen der Person und dessen Einschränkungen durch die Erkrankung/ Behinderung. Die Rehabilitandin/ der Rehabilitand arbeitet eng mit den Berufsfachleuten (Ausbilder, Berufspädagogen, Ergotherapeuten, Ärzten und Psychologen/ Pädagogen), bis zum Ziel der Integration in Arbeit zusammen. Jeder dieser Professionen ist für einen anderen Aufgabenbereich zuständig. Die Psychologen übernehmen z.B. die Dokumentation und Evaluation. Die Ergotherapeuten vermitteln die notwendigen Grundarbeitsfähigkeiten, sowie soziale Kompetenzen. Die Arbeitspädagogik hat die Aufgabe, eine Arbeitsanamnese zu erstellen, an denen sich die berufliche Planung orientiert. In Reflexionsgesprächen wird die Selbst- und Fremdeinschätzung in Bezug auf das Arbeitsverhalten analysiert. Innerhalb der psychosozialen Betreuung finden regelmäßig sozialpädagogische Reflexionsgespräche statt, in denen über Krankheit, Arbeit und sozialer und beruflicher Integration gesprochen wird (*vgl. Haerlin; Mecklenburg 2011*).

Ein gemeinsam erarbeiteter Kriseninterventionsplan, soll dazu beitragen erneute Krankheitsschübe vorzubeugen und entgegenzuwirken. Der Aufbau und Festigung eines Beziehungsnetzes zu privaten und professionellen Bezugspersonen soll zur Unterstützung beitragen, um die beruflichen Ziele zu erreichen. In beruflicher Hinsicht werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Schritt für Schritt an die Anforderungen, die auf dem Arbeitsmarkt herrschen, herangeführt, ohne sie zu über- oder unterfordern. Ihnen wird ermöglicht, ihre Fähigkeiten und Qualifikationen (wieder) zu erwerben und eventuell zu erweitern. Durch das Berufliche Training wird die Leistungsfähigkeit gesteigert. Dies wirkt sich positiv auf Motivation, Konzentration, Ausdauer und Lernfähigkeit aus. In Gruppenarbeiten soll die Interaktion geschult werden. Dadurch wird ein sicherer und selbstbewusster Umgang mit den Arbeitgeber, Kolleginnen/ Kollegen und Kunden gefördert. Die Arbeitnehmerrolle wird ebenfalls trainiert. Verschiedene Praktika in Betrieben, dienen zur Eignungsabklärung und zur Vorbereitung auf den zukünftigen Arbeitsbereich. Den Abschluss der Beruflichen Trainingsmaßnahme bildet ein Praktikum, das möglichst in einem Betrieb absolviert werden soll, in dem die Person eventuell übernommen werden kann. Wird das Ziel der Re-Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht erreicht, so wird nach Alternativen für eine Anstellung auf den besonderen Arbeitsmarkt gesucht und erarbeitet (vgl. Haerlin; Mecklenburg 2011).

7 Präventive Maßnahmen

Um psychischen Erkrankungen im Arbeitsalltag vorzubeugen und entgegenzuwirken und damit auch die Zahl der Krankschreibungen der Arbeitnehmer zu verringern, sind präventive Maßnahmen im Unternehmen äußerst wichtig und dringend erforderlich. Laut dem Arbeitsschutzgesetz, ist der Arbeitgeber sogar rechtlich dazu verpflichtet, Maßnahmen, die zur Gesundheitsförderung der Angestellten im Unternehmen beitragen, anzubieten. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, begünstigt Stress, die Entstehung und Anfälligkeit psychischer Erkrankungen. Daher kann ein individuelles Stressmanagement eine gute Präventionsmaßnahme dagegen sein (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2015).

Stressmanagement bedeutet konkret, dass der psychisch erkrankte Mensch, aber auch die anderen Mitarbeiter sich selbst beobachten und darauf achten, welche Situationen und Aufgaben bei ihnen Stress auslösen. Gleichzeitig soll versucht werden, den stressauslösenden Faktoren entgegenzuwirken. Allerdings empfindet jeder Mensch anders, was für ihn Stress ist und was nicht. So kann es den einen reizen eine schwierige Aufgabe zu lösen, während der andere diese als Problem ansieht und mit Überforderung reagiert. Das bedeutet aber nicht, dass der psychisch erkrankte Mensch geschont werden soll. Es ist wichtig, dass er klare und strukturierte Arbeitsabläufe erhält und Veränderungen z.B. bei Terminen frühzeitig mitgeteilt werden. Ebenso ist es wichtig, dass Pausen während der Arbeitszeit eingelegt werden und auf eine gesunde Ernährung sowie Bewegung geachtet wird. Vorgesetzte sollten gegenüber ihren Mitarbeitern, als gutes Vorbild auftreten, in dem sie z.B. Angebote zur Gesundheitsförderung wahrnehmen und ihren Mitarbeitern Kurse zur Stressbewältigung, gesunde Ernährung oder Medizinische Beratungen durch den Betriebsarzt anbieten. Dies alles trägt zu einer gesunden Work-Life-Balance bei (vgl. *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2015*).

In Bezug auf die Aufklärung über psychische Erkrankungen sowie den Umgang mit den erkrankten Mitarbeiter/innen sind Kompetenzerweiterungen der Führungspersonen, aber auch der Kollegen/innen genauso wichtig. Dadurch können Vorurteile sowie Barrieren abgebaut werden und auch erste Anzeichen wie Belastungen schneller erkannt und entsprechend danach gehandelt werden. Dem psychisch erkrankten Menschen, kann es dadurch leichter fallen, offen mit der Erkrankung umzugehen (vgl. *ebd.*).

Für Vorgesetzte, Abteilungsleiter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, kann das „HILFE Konzept“ dazu dienen, Zugang zu den psychisch erkrankten Mitarbeitern zubekommen, besser mit den Auswirkungen der Erkrankung umzugehen und die Arbeitsfähigkeit, trotz Erkrankung aufrechtzuerhalten. Dieses Konzept wurde vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, gemeinsam mit der Familien-Selbsthilfe-Psychiatrie, innerhalb des Projektes „Psychisch krank im Job. Was tun“? erstellt (vgl. *Gredig; Hommelsen 2015, S. 161*).

Dieses Konzept wird auch im Rahmen von Seminaren angeboten. H = Hinsehen, I = Initiative ergreifen, L = Leitungsfunktion wahrnehmen. F= Führungsverantwortung wahrnehmen E = Experten einbeziehen. Ich möchte dieses Konzept zum besseren Verständnis kurz vorstellen (vgl. Gredig; Hommelsen 2015, S. 161.).

Hinsehen: Die Kolleginnen und Kollegen arbeiten meist sehr eng mit den Betroffenen zusammen. Dadurch sind sie oft die ersten, die Verhaltensveränderungen wahrnehmen. Aus Unsicherheit, fehlender Mut oder Angst vor Verletzungen wird dieses Thema meist nicht offen angesprochen und tabuisiert. Dabei wäre dies ein erster wichtiger Schritt. So kann der Betroffene selbst, leichter Änderungen in seinem Leistungs- und Sozialverhalten wahrnehmen und sich Unterstützung suchen (vgl. BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2011, S. 32).

Initiative ergreifen: Der Vorgesetzte sollte sich ebenfalls nicht scheuen, unter Vier- Augen über die Leistungs- und Verhaltensänderungen mit der Mitarbeiterin/ den Mitarbeiter zu sprechen. So ist es möglich, den Betroffenen frühzeitig zu unterstützen. Das Gespräch sollte ehrlich, wertschätzend, vorurteilslos und vertrauensvoll geführt werden. Im Gespräch sollte die Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter zunächst ihre/ seine Sichtweise schildern. Anschließend erklärt der Vorgesetzte seine eigene. Ziel ist es, Belastungsursachen zu analysieren. Diese können betrieblich und/ oder privat sein. Dann können entsprechende Ressourcen, die das Unternehmen anbietet, genutzt werden z.B. flexible Arbeitszeiten oder Unterstützung von Kollegen und Angehörigen um die Mitarbeiterin/ den Mitarbeiter zu entlasten. Der Vorgesetzte, sollte damit rechnen, dass die Betroffene/ der Betroffene oft Veränderungen abstreiten oder andere Faktoren vorschieben. Dennoch sollten Hilfsangebote genannt werden. Die Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter hat dabei immer das Recht frei zu entscheiden, ob sie/ er diese annimmt (vgl. BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2011, S. 33).

Leitungsfunktion wahrnehmen: Besteht die Krise weiterhin und der Beschäftigte ist nicht in der Lage etwas zur Veränderung beizutragen, ist der Vorgesetzte in der Pflicht, seine Leitungsfunktion wahrzunehmen (vgl. ebd., S. 33).

Gemeinsam mit den Betroffenen werden konkrete Arbeitsziele vereinbart und überprüft. Des Weiteren muss eine Aufklärung darüber erfolgen, dass die Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter zur Erhaltung ihrer/ seiner Gesundheit selbst verantwortlich ist. Entsprechende Hilfs- und Unterstützungsangebote sollten erneut thematisiert werden (*vgl. BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2011, S. 33*).

Führungsverantwortung wahrnehmen: hier ist das Prinzip des Förderns und Forderns hilfreich. Fördern bedeutet, dass der Vorgesetzte mit der Mitarbeiterin/ dem Mitarbeiter in einer Krisensituation fürsorglich, verständnisvoll, flexibel und offen umgeht. Gleichzeitig soll die Mitarbeiterin/ den Mitarbeitern gefordert werden, in dem konkrete Erwartungen, zu den Arbeitsanforderungen gestellt werden. Führungsverantwortung bedeutet auch, dass der Vorgesetzte die Mitarbeiterin/ den Mitarbeiter weder über- noch unterfordert. Außerdem sollten vorübergehende Lösungen wie z.B. Reduzierung der Schichtarbeit oder des Kundenkontaktes angeboten werden, bis die Mitarbeiterin/ der Mitarbeiter wieder voll leistungs- und einsetzsfähig ist. Ist dies nicht möglich, sollten Rehabilitationsmaßnahmen angesteuert werden (*vgl. ebd., S. 33*).

Experten einbeziehen: Vorgesetzte sollten sich über ihre eigenen Grenzen bewusst sein und gegebenenfalls interne Fachkräfte wie z.B. den Betriebsarzt, die Sozialberatung oder externe Fachkräfte wie z.B. Fachärzte, Sozialpsychiatrische Dienste oder Beratungsstellen hinzuziehen. Oft fällt es psychisch erkrankten Menschen leichter, sich jemanden anzuvertrauen, mit dem sie nicht tagtäglich zusammen arbeiten. Je eher eine Zusammenarbeit erfolgt, desto geringer ist die Chance vor einer Eskalation (*vgl. BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2011, S. 34*).

8 Zusammenfassung und Ausblick

Am Ende meiner Bachelorarbeit versuche ich, einige wichtige Erkenntnisse zu bündeln und in offen gebliebenen Fragen einen Ausblick zu geben.

Immer empfinden Menschen Krankheit als einen Mangel, der die eigene Lebensqualität beeinträchtigt. Kranke Menschen, insbesondere psychisch erkrankte Menschen, sollten in unserer heutigen Gesellschaft nicht stigmatisiert werden. Wo dies geschieht, tritt bei den Betroffenen zu ihrer Krankheit auch noch Angst und Scham hinzu. Oft nehmen besonders kranke Menschen sensibel wahr, ob sie in Schubladen gesteckt oder trotz ihrer Einschränkungen als vollwertige Kraft angesehen und akzeptiert werden.

Es war für mich deshalb eine wertvolle Entdeckung, dass wir im Rahmen unseres Sozialstaates ein hochentwickeltes System der Vorsorge und Fürsorge besitzen. Für Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus dem Erwerbsleben herausgerissen wurden, bieten die Rehabilitationsträger verschiedene Reintegrationsmöglichkeiten an. Sie helfen im konkreten Fall zu einer optimalen, auf den einzelnen Menschen abgestimmten Beratung und Förderung. Unter Einbeziehung vielfältiger Professionen und Institutionen ist hier ein Netzwerk geeigneter Hilfs- und Unterstützungsangebote geschaffen worden, um Menschen wieder an die Arbeitswelt heranzuführen und auch eine soziale Integration zu erfahren. Integration und Reintegration sind dabei Prozesse, die je nach persönlich und institutionell vorhandenen Ressourcen wandelbar und veränderbar sind.

Im Prinzip kann jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung einer Beschäftigung nachgehen, wenngleich - je nach Art und Schwere des Krankheitsbildes - in mehr oder weniger begrenztem Maße. Niemand sollte sich daher hinter seiner Erkrankung verstecken, sondern sich bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungs- und späteren Arbeitsplatz seiner Stärken und Schwächen bewusst sein. Die Rahmenbedingungen spielen dabei eine zentrale Rolle. Dabei benötigen sie von ihrem sozialen Umfeld Unterstützung und Halt. Grundsätzlich halte ich es aber für wichtig, in unserer an Leistung und Stärke orientierten Gesellschaft, Krankheit nicht nur als "Panne" oder "Unfall" anzusehen, die schnell behoben werden muss. Vielmehr gehört Krankheit zu unserem Dasein dazu. Oft sind mit ihr auch wichtige biographische Erfahrungen verbunden, die den eigenen Blick auf das Leben verändern können. Man lernt, mit Grenzen zu leben sowie Gesundheit und Kraft nicht für selbstverständlich zu halten. Das Erleben eigener Schwachheit und Hilfsbedürftigkeit kann helfen, auch aufmerksamer für

andere Menschen in ähnlicher Lage zu werden. Gerade auch psychisch erkrankte Menschen besitzen oft eine sehr feinfühlig, einfühlsame Art, die im Umgang mit Menschen gebraucht wird. Diese Ressource sollte von der Gesellschaft erkannt, genutzt und gefördert werden. So kann die eigene Schwäche sogar zur Stärke, die gewonnene Sensibilität sogar eine soziale Kompetenz werden.

9 Literaturverzeichnis

Bücher und Broschüren:

Bundes Psychotherapeuten Kammer (2015): BPtK- Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. S. 4-7. Berlin.

BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit Aktionsbündnis seelische Gesundheit (2011): Psychisch krank im Job. Was tun? S. 32- 34. Essen.

Gredig, Christian; Hommelsen, Marlies (2015): Was Arbeitgeber, Kolleginnen und Kollegen tun können. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 161. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Haas, Christopher (2015): Der schwierige Weg ins Arbeitsleben. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 343-352. 3.vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Hammer, Matthias; Plößl, Irmgard (2013): Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen, S. 14-211. 2. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Kardorff, Ernst; Heike Ohlbrecht (2015): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 79. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Leps, Felix (2001): Zange im Hirn: Geschichte einer Zwangserkrankung, S. 88-190. Originalausgabe, 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag g GmbH.

Längle, Gerhard; Niedermeier-Bleier, Manuela; Welte, Wolfgang (1997): Beruflich Rehabilitation psychisch Kranker, S. 479. Tübingen.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.); LVR- Integrationsamt (2011): Menschen mit seelischer Behinderung im Arbeitsleben, S. 8-9. Aktualisierte Fassung. Münster: LV Druck GmbH & Co. KG.

Mecklenburg, Hermann (2015): Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 269- 278. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Storck, Joachim (2015): Inklusion ist machbar! In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 32. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Storck, Joachim (2015): Schwerbehindertenausweis: Ja oder nein? In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 186-191. 3.vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Schwendy, Arnd (2015): Zur Struktur und Entwicklung des Arbeitsmarkts. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 67-72. 3.vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Schnell, Nicole; Tonewa-Pentcheva, Welislawa (2015): Arbeitsdiagnostik im Kontext beruflicher Rehabilitation und Integration. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 234. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Tenambergen, Thomas (2015): Rechtliche Grundlagen der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 175-181. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Weiland, Charlotte (2015): Aufgaben und Möglichkeiten der Agentur für Arbeit im Übergang zu Ausbildung und Beruf. In: Plößl, Irmgard (Hrsg.); Storck, Joachim. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, S. 354- 363. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Zeitschriften:

Jacobi, Frank: „Nehmen psychische Störungen zu“? In: Reportpsychologie 34 (2009), S. 20.

Internetquellen:

Aktion Mensch e.V. (o.J.): Psychische Behinderung. https://www.familienratgeber.de/beratung_hilfe/psychische_behinderung/, verfügbar am 20.10.2015.

Aktionsbündnis seelische Gesundheit (2015): Prävention. www.seelische-gesundheit.net/themen/psychisch-gesund-am-arbeitsplatz/praevention, verfügbar am 26.11.2015.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration(o.J.): Grundsicherung für Arbeitssuchende.

www.zukunftsministerium.bayern.de/grundsicherung/index.php, verfügbar am 02.11.2015.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.J.): Persönliches Budget. www.einfachteilhaben.de/DE/StdS/Finanz_Leistungen/Pers_Budget/pers_budget_node.html#doc276668bodyText4, verfügbar am 18.11.2015.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Rehabilitation. www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html, verfügbar am 22.11.2015.

DocCheck Medical Services GmbH (2015): Rehabilitation. <http://flexikon.doc-check.com/de/Rehabilitation>, verfügbar am 25.11.2015.

Dr. phil. Walter, Oliver (2004-2011): Psychische Störungen. S.1. www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/psychische_storungen.htm verfügbar am 13.10.2015.

Gesundheitsberater Berlin GbR (2015): Rehabilitationsprognose. www.gesundheitsberater-berlin.de/glossar/rehaprognose, verfügbar am 01.12.2015

Haerlin, Christiane; Mecklenburg, Hermann (2011): Kölner- Instrumentarium: Der Kompass für Wege in Arbeit. Zielsetzung. www.koelner-instrumentarium.de/content/zielsetzung/, verfügbar am 10.12.2015.

Haerlin, Christiane; Mecklenburg, Hermann (2011): Kölner- Instrumentarium: Der Kompass für Wege in Arbeit. 8. Berufliches Training. www.koelner-instrumentarium.de/content/berufliche-rehabilitation/berufliches-training/ verfügbar am 16.12.2015.

Haerlin, Christiane; Mecklenburg, Hermann (2011): Kölner- Instrumentarium: Der Kompass für Wege in Arbeit. Berufliche Rehabilitation. www.koelner-instrumentarium.de/content/berufliche-rehabilitation/, verfügbar am 16.12.2015.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln- REHADAT (2015): S.1. Allgemeiner Arbeitsmarkt. www.talentplus.de/lexikon/A/allgemeiner_arbeitsmarkt.html, verfügbar am 18.10.2015.

Sartor, Patrick (2010): Reha- Antrag- Voraussetzungen. www.reha-patient.de/content_antrag/02_reha_antrag_vorauss.php, verfügbar am 01.12.2015.

10 Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema:

Integration von psychisch erkrankten Menschen im Arbeitsleben - Möglichkeiten und Grenzen

selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe und Zitate als solche kenntlich gemacht wurden.

Mittweida den 02.01.2016

Stefanie Große